

ÉTUDE
SUR
L'HÉMATOCÈLE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON ROCHÉ

Né à Mézilles (Yonne) le 18 janvier 1854



LYON

IMPRIMERIE CHANOINE, LÉON DELAROCHE ET C^{ie}, Successeurs

10, Place de la Charité, 10

Juillet 1884



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554216_0054

ÉTUDE
SUR
L'HÉMATOCÈLE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON ROCHÉ

Né à Mézilles (Yonne) le 18 janvier 1854



LYON

IMPRIMERIE CHANOINE, LÉON DELAROCHE ET C^{ie}, Successeurs

10, Place de la Charité, 10

Juillet 1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN
BONDET.	} ASSESSEURS
CROLAS.	
MONOYER.	

PROFESSEURS, PROFESSEURS ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	MORAT,
Anatomie générale et histologie.	RENAUT
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (RAYMOND)
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU
Chimie minérale.	GLÉNARD
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE
Physique médicale.	MONOYER
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET
Pharmacie.	CROLAS
Pathologie interne.	J. TEISSIER
Pathologie externe.	BERNE
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET
Hygiène.	ROLLET
Thérapeutique.	SOULIER
Matière Médicale et Botanique.	CAUVET
Médecine légale.	LACASSAGNE
Médecine opératoire.	PONCET.
Cliniques médicales.	{ LÉPINE
	{ BONDET
	{ RAMBAUD, professeur adjoint
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER
	{ TRIPIER (LÉON)
	{ BOUCHACOURT
Clinique obstétricale et Accouchements.	{ DELORE, professeur adjoint
Clinique ophthalmologique.	GAYET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.	PIERRET

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE.	Chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD.	Chargé du cours.

Professeurs honoraires : MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

AGRÉGÉS

MM. BARD.	MM. LAURE.	MM. POULLET.
BEAUVISAGE	LEVRAT.	SABATIER.
BOUVERET.	LINOSSIER.	VINAY.
CHANDELUX	PERRET.	VINCENT.
DEBIERRE.	POLLOSSON.	

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

M. CHARPY.

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *président*; M. LAROYENNE, *assesseur*; MM. LEVRAT et POULLET, *agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Premiers et faibles dédommagements de leurs nombreux sacrifices
ÉTERNELLE RECONNAISSANCE

A MON GRAND-PÈRE
ET A MON ONCLE CARRÉ

A MON MAÎTRE ET AMI :

M. LE DOCTEUR LEVRAT

Professeur agrégé
PROFONDE AFFECTION.

A MES COUSINS :

HIPPOLYTE MARTIN, CÉLESTIN PRÔT,
EUGÈNE ARRAULT,
ERNEST ET BERTIN ROCHÉ

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE DOCTEUR PONCET

Professeur de médecine opératoire

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Particulièrement à

MM. HUTINEL, PINARD ET PAZZI

Pour leurs excellents conseils en médecine
en obstétrique et en chirurgie.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

A M. LE PROFESSEUR CROLAS

HOMMAGE DE GRATITUDE

INTRODUCTION

Nous devons au hasard l'idée de cette thèse.

Ayant eu l'occasion, dans le service de M. le professeur Léon Tripier, suppléé par M. Levrat, agrégé, d'assister à une opération de tumeur liquide des bourses, qui avait été diagnostiquée : hydrohématocèle, et qui, au dernier moment, par une simple ponction, s'est transformée en hydrocèle simple, nous avons pensé qu'il y avait lieu de rechercher des cas analogues.

Curling dit bien, dans son traité des affections du testicule, que les ponctions répétées finissent par amener un liquide limpide, mais il n'a pas indiqué si les cas où le liquide pouvait redevenir limpide avaient une symptomatologie spéciale permettant de les diagnostiquer.

Pendant que nous recherchions des cas analogues, nous avons rencontré, dans le service de M. Pollosson,

agréé, suppléant de M. Létievant, notre professeur regretté, un cas en tous points semblable, dont M. Pollosson a bien voulu nous permettre de prendre l'observation.

Ces deux cas, joints à quelques recherches, nous ont fait penser que, parmi les cas intermédiaires entre l'hydrocèle simple typique et l'hématocèle confirmée, il existait un certain nombre de cas où l'épanchement vraiment sanglant pouvait redevenir, après ponction simple, à l'état d'épanchement citrin d'hydrocèle ordinaire. Nous avons cru également pouvoir grouper un certain nombre de symptômes qui permettraient d'établir le diagnostic de cette variété que nous proposons d'appeler hydrohématocèle.

Il nous restait à indiquer le traitement, mais l'introduction de la méthode antiseptique dans la chirurgie a tellement modifié les procédés opératoires que nous voyons, en Allemagne, l'incision de l'hydrocèle remplacer l'ancienne injection iodée, et que, allant plus loin même que les Allemands, un chirurgien de Genève, M. Julliard, a proposé non seulement l'incision mais encore la résection de la tunique vaginale.

Ces faits importants, dans le traitement de l'hydrocèle, doivent avoir leur retentissement au point de vue du traitement de l'hématocèle ; nous avons donc cru devoir ajouter aux quelques considérations sur l'hydrohématocèle des considérations sur le traitement de l'hématocèle et aussi sur la variété de pansements antiseptiques qui convient aux opérations nouvelles pratiquées sur l'hématocèle.

Qu'il nous soit permis, en terminant cet exposé,

d'adresser de chaleureux remerciements à M. Levrat, professeur agrégé, dont le dévouement ne s'est pas ralenti un seul instant à notre égard. Nous remercions de même M. le professeur Poncet, qui, non seulement a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, mais encore nous a aidé de ses excellents conseils et nous a fourni des matériaux qui ont été pour nous d'une utilité première dans l'accomplissement de notre travail.

DIVISION DU SUJET

Dans un premier chapitre, nous établirons les bases anatomo-pathologiques, qui nous permettront de limiter dans le second chapitre l'hydrocèle, l'hématocèle et l'hydrohématocèle.

Nous chercherons en même temps, dans le second chapitre, à établir la symptomatologie et le diagnostic de l'hydrohématocèle.

Dans la troisième partie, nous nous occuperons du traitement tel qu'il existait autrefois et tel que l'ont modifié les méthodes nouvelles et le pansement antiseptique.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

« La tunique vaginale est remarquable par son
« épaisseur et sa résistance; sa structure ne diffère
« pas de celle de toutes les membranes du même
« ordre. »

C'est en ces termes que s'exprime M. le professeur Sappey, mais il ne s'occupe nullement de spécifier quelle peut être ordinairement l'épaisseur de la tunique vaginale saine. Il faut bien dire que, pour la question qui nous occupe, nous devons tenir compte, non seulement de la tunique vaginale proprement dite, mais aussi de la tunique fibreuse qui, comme le dit M. Sappey, « adhère à la surface externe de la tunique
« vaginale avec laquelle elle se confond sur la plus
« grande partie de son étendue. » Pas plus que M. Sap-

pey, M. Richet, M. Tillaux, M. Cruveilhier, n'indiquent l'épaisseur normale de la tunique vaginale jointe à la tunique fibreuse ou celluleuse. « La tunique celluleuse, dit M. Cruveilhier, joue, à l'égard de la tunique vaginale, le rôle de ce tissu sous-séreux que nous rencontrons dans les régions où les membranes séreuses revêtent des parois de cavités. »

Dans ce qui a rapport à l'anatomie pathologique, nous ne séparerons pas la tunique celluleuse de la tunique vaginale, car, lorsqu'il existe un épaissement, il porte en réalité autant sur la tunique celluleuse que sur la tunique vaginale.

Pour ce qui a trait à l'épaisseur de la tunique vaginale doublée de la tunique celluleuse, nous dirons, d'une façon générale, que nous considérerons comme normale toute tunique vaginale qui sera restée souple et lisse, présentera les mêmes caractères que les bourses séreuses ou les synoviales articulaires normales.

Nous prendrons pour point de départ l'étude d'une hydrocèle simple; nous mettrons en regard les lésions de l'hématocèle confirmée, et nous indiquerons ensuite les variétés intermédiaires nombreuses, sortes d'étapes par lesquelles peut passer une hydrocèle avant de devenir une hématacèle.

Dans l'*hydrocèle* simple, la tunique vaginale distendue est restée souple, sa surface interne est encore généralement lisse, mais le tissu conjonctif sous-jacent est déjà légèrement épaissi. On peut aussi, par places, trouver quelques points d'inflammation chronique caractérisée par la productions de petites néo-membranes, et par de petites plaques de tissu conjonctif

dur. Le liquide épanché est séreux, citrin, limpide, et contient toujours une quantité plus ou moins considérable de fibrine.

Dans toutes les *hématocèles* l'épaisseur de la tunique vaginale est loin d'être aussi considérable du côté de la vaginale testiculaire que du côté de la vaginale pariétale. Du côté du testicule, l'épaississement, dans la grande majorité des cas, même anciens, ne va pas au delà de 3 à 4 millimètres, et, même dans les points où l'albuginée est indurée par places, bosselée, l'épaississement ne dépasse pas ces limites. C'est là un point important dans l'histoire de l'hématocèle, au point de vue de l'intervention chirurgicale, car le testicule sous-jacent, quoique complètement enveloppé dans cette coque fibreuse, a néanmoins à peu près conservé son volume, et, à la loupe, en dehors d'un certain état d'anémie caractérisé par une teinte grisâtre ou blanchâtre, ne paraît être le siège d'aucune altération notable.

A la surface de l'albuginée, comme du reste dans toute l'étendue de la vaginale, l'épaississement est constitué, d'une part, par une couche plus ou moins abondante de fibrine formant des lamelles stratifiées comme dans des anévrysmes anciens, et, d'autre part, par la vaginale elle-même avec le tissu cellulaire ambiant plus ou moins considérablement épaissi.

Sur une pièce fraîche, à la loupe, ces deux couches, de nature diverse, se distinguent difficilement; elles se confondent et forment un tout homogène, une membrane unique, d'épaisseur variable suivant les divers points.

La présence de ces deux couches devient des plus nettes lorsque la pièce a macéré pendant un certain temps dans l'eau alcoolisée ; on constate alors en effet, à la loupe, une première couche de teinte rosée formée par des caillots de fibrine stratifiée, puis une deuxième, représentée par la vaginale d'une teinte gris-blanchâtre.

A la face interne de l'hématocèle, lorsque la tumeur a été vidée de son contenu, on aperçoit des saillies, des dépressions, donnant au doigt la sensation d'une surface irrégulière, bosselée ; soit sur l'albuginée, soit sur la vaginale pariétale se rencontrent de petites tumeurs hématiques, vasculaires, qui semblent produites par de petits épanchements dans l'épaisseur des fausses membranes : ce sont de petites hémorragies interstitielles.

Lorsque, ayant débarrassé la tumeur de son contenu par une sorte d'invagination au dehors du testicule et de la poche, on cherche à la modifier par la décortication ou le curage, on reconnaît deux ordres de fausses membranes :

1° D'une part, des caillots fibrineux plus ou moins adhérents, mais qu'il est toujours facile d'extraire, soit avec les doigts, soit avec les pinces ou la curette ;

2° Au-dessous, une couche de caillots stratifiés ne faisant qu'un avec la vaginale épaissie et qu'il n'est pas possible d'enlever dans leur continuité.

On ne peut, avec des pinces et le bistouri que les détacher sous forme de lambeaux. La décortication de ces couches ne saurait être pratiquée et le seul résultat qu'on semble retirer d'une telle manœuvre c'est

d'amincir plus ou moins en quelques points la vaginale épaissie, et, d'autre part, l'ablation de ces fausses membranes vasculaires compromet la vitalité de ces tissus hypertrophiés et de nouvelle formation, de telle sorte qu'une intervention de ce genre ne saurait être mieux comparée qu'au grattage, au curage d'une cavité osseuse après l'extraction d'un séquestre alors qu'on enlève des vaisseaux, des éléments médullaires qui, par leur vascularité, entretiennent la vitalité de la paroi osseuse et sont appelés à jouer un rôle dans la réparation.

Nous n'avons pas encore parlé du liquide qui forme l'épanchement; ce n'est pas toujours du sang pur que contient la poche. « Ce sang offre, en général, une
« partie liquide et une partie molle, de la consistance
« d'une bouillie, de couleur chocolat ou lie de vin, et
« enfin des caillots assez semblables à ceux qui se
« rencontrent dans les poches anévrysmales. L'étude
« microscopique de ce contenu prouve qu'il est com-
« posé de granulations moléculaires, d'hématosine et
« parfois aussi de cristaux de cholestérine. » (1)

On y rencontre aussi des cellules endothéliales tuméfiées et des granulations graisseuses.

Que dirons-nous du testicule? La plupart du temps il est sain, quelquefois aussi il est anémié et même atrophié.

Que la compression exercée par le liquide soit suffisante pour produire l'anémie testiculaire et, dans la suite, l'atrophie de la glande, ou que cette atrophie

(1) Lancereaux. — *Anat., Path.* t. II., p. 359.

soit produite par l'insuffisance d'irrigation, par déviation du sang vers la néo-membrane, nous ne pouvons trancher la question ; disons seulement que, dans certains cas, les moins nombreux, le fait est patent.

Quelquefois, on ne trouve plus de spermatozoïdes ; malgré cela, la glande ne serait pas perdue pour la procréation, d'après l'opinion de M. le professeur Gosselin, car les spermatozoïdes peuvent revenir après avoir disparu pendant quelque temps.

Nous avons dit que nous prendrions comme point de départ l'hydrocèle simple, que nous avons décrite en commençant ce chapitre, et que nous chercherions à marquer les étapes qui peuvent, de là, aboutir à l'hématocèle telle que nous venons de la décrire.

L'hydrocèle procède généralement d'une inflammation chronique et, comme toutes les séreuses, soit par poussées successives, soit par persistance longue de l'inflammation, le tissu cellulaire sous-séreux va devenir le siège d'une prolifération active ; de là, épaissement plus ou moins considérable de la vaginale, pouvant varier entre 1/2 millimètre et, d'après le professeur Gosselin, 1 centimètre 1/2.

Nous avons dit aussi que le liquide contenait de la fibrine tantôt déposée en mince réticulum sur la séreuse, tantôt en masse plus considérable. La réunion de ces deux conditions présente plus d'une analogie avec ce qui se passe dans un vaisseau où s'est formé un caillot, et nous allons assister à la pénétration et à la résorption des couches profondes de la fibrine déposée par les bourgeons embryonnaires venus de la séreuse.

Dans cette couche néo-membraneuse, les jeunes vaisseaux à l'état embryonnaire se rompent sous l'influence du moindre traumatisme; du sang sera versé dans la cavité et s'y comportera différemment.

S'il est versé en petite quantité dans un liquide d'hydrocèle déjà abondant, il teindra le liquide d'une couleur plus ou moins foncée, mais pourra rester à l'état de dissolution sans déterminer, du côté de la poche, de réaction inflammatoire capable de la modifier. C'est ce qui se présente dans les cas que nous appelons : hydrohématocèles, et nous voyons, en effet, que l'épanchement une fois évacué, il peut arriver que les fausses membranes, toujours peu volumineuses, ne versent plus de liquide sanglant et que l'on soit revenu à une hydrocèle simple.

Si le sang est versé en quantité considérable et qu'il ne puisse pas se trouver comme à l'état de dissolution dans l'épanchement préexistant, ou bien encore, si le sang s'épanche d'une façon interstitielle dans l'épaisseur de fausses membranes précédentes, il s'y comportera comme dans les épanchements sanguins; il formera des dépôts fibrineux, stratifiés passant par tous les stades de désintégration de la fibrine et réagissant sur la séreuse en y provoquant une prolifération néo-membraneuse, dont le résultat final est l'hématocèle.

Il peut se faire aussi que, pendant une longue évolution, la séreuse continue à s'épaissir, passe à cet état presque cartilagineux que l'on a décrit, qu'elle perde toute élasticité, et que, cependant, il ne se soit jamais produit d'épanchement sanguin à l'intérieur. Ces cas

sont de ceux où l'hydrocèle récidive fatalement par les moyens simples employés pour la combattre. Nous verrons dans le chapitre suivant dans quel groupe nous proposons de les classer.

CHAPITRE DEUXIÈME

DÉLIMITATION DU SUJET

I

De ce que nous avons vu en anatomie pathologique, il résulte qu'il existe des hydrocèles nettement caractérisées où la tunique vaginale a conservé sa souplesse, où le liquide épanché est citrin, où la transparence est manifeste, etc., et qui guérissent, en général (c'est au moins l'opinion de la plupart des chirurgiens français), par la ponction et l'injection iodée.

D'autre part, il existe des hématoécèles aussi nettement caractérisées par l'épaississement de la vaginale, par la présence de fausses membranes, plus ou moins épaisses sur cette séreuse, par un épanchement variant de la couleur de sang veineux, à la couleur du cho-

colat ou de la lie de vin, contenant des grumeaux et des stratifications de fibrine.

Entre ces deux espèces, prennent place un certain nombre de cas plus difficiles à trancher, ce sont : d'une part, des épanchements citrins dans une vaginale épaissie, quelquefois couverte de fausses membranes ; d'autre part, et ce sont les cas qui font le sujet de notre thèse inaugurale, on constate la présence d'épanchements sanglants, dans des tuniques vaginales souples, sans épaississement, sans fausses membranes.

Nous sommes donc en droit de nous poser les questions suivantes :

Quelle est la caractéristique absolue d'une hématocele ?

N'existe-t-il pas des cas intermédiaires entre l'hydrocele et l'hématocèle, qu'on pourrait ranger sous le nom d'hydrohématocèles.

Pour ce qui a trait à la première question, si nous consultons les auteurs, voici les opinions que nous rencontrons :

Pour la première fois, Boyer décrivit une fausse membrane en faisant bien remarquer que le testicule ne rentre en rien dans le volume de la tumeur. Pour cet auteur, le mal a été d'abord une hydrocele simple, puis la tunique vaginale s'est épaissie à la suite d'une inflammation chronique survenue spontanément ou après une contusion ; ou bien « il s'est épanché du « sang qui a rendu la sérosité brune ou noire et dont « la partie albumineuse a formé une espèce de tissu « réticulaire, une pseudo-membrane qui adhère forte-

« ment à la face interne de la tunique vaginale et à la face du testicule (1). »

Dupuytren (2) ne considère l'hématocèle que comme une variété d'hydrocèle à parois épaisses et indurées ; il ne parle pas de fausses membranes.

Velpeau (3) dit qu'un grand nombre d'observations publiées sous le nom d'hydrocèle chronique avec dégénérescence n'étaient que des hématocèles méconnues. Il admet que le liquide de la poche peut se trouver sous cinq états différents :

- 1° Sang pur ;
- 2° Liquide coloré, limpide, avec grumeaux ;
- 3° Liquide séro sanguinolent sans grumeaux ;
- 4° Liquide noirâtre, de couleur chocolat, avec épaissement de la paroi dû à des couches successives appliquées sur la face interne ;
- 5° Foyer purulent.

Il admet que les fausses membranes qui tapissent la face interne de la vaginale sont fournies par de la fibrine qui, séparée du sérum, est venue se fixer à la paroi interne de la séreuse ; cette dernière serait, du reste, épaissie, dure, lardacée. Il ajoute : « Il en est de même lorsque le liquide, quoique réellement fluide et simplement jaunâtre, se rencontre dans la coque vaginale épaissie, comme fibro-cartilagineuse » Ce sont des hématocèles. »

D'après E. Cloquet (4), il y aurait d'abord épanche-

(1) Boyer. — *Œuv. chirurg.* t. x, p. 241.

(2) Dupuytren. — *Lec. or. de clin.-chir.* t. iv, p. 458.

(3) Velpeau. — *Lec. de clin.-chirurg.* t. II, p. 392.

(4) Cloquet. — *Thèse.* Paris, 1846.

ment sanguin dans la tunique vaginale : le sang jouant le rôle de corps étranger, provoquerait une exsudation séreuse qui dissoudrait une partie du sang coagulé ou liquide ; enfin, il se développerait une exsudation plastique, qui, jointe à la fibrine du sang, formerait la fausse membrane.

Nélaton (1) dit que, même lorsque le liquide contenu est séreux, l'état de la poche peut faire conclure en faveur d'une hématocele : « Lorsque le liquide contenu « dans le kyste est séreux, doit-on considérer l'affec-
« tion comme une hématocele ?.... C'est l'état de la
« poche qui donne le cachet spécial. »

En 1851, M. le professeur Gosselin (2), dans un mémoire remarquable, émit une idée tout à fait inverse de ses devanciers, et, tandis que Boyer, Velpeau et Cloquet mettent l'épanchement sanguin en premier lieu dans l'ordre successif des phénomènes, l'éminent professeur de la Faculté de Paris dit que la fausse membrane préexiste toujours à l'épanchement.

L'opinion de M. Gosselin est appuyée sur les faits suivants :

- 1° La constance de la fausse membrane ;
- 2° Le large calibre de ses vaisseaux et la fragilité de leurs parois ;
- 3° Leur rupture facile, même dans l'intérieur de la membrane ;
- 4° La rareté de l'épanchement sanguin traumatique dans la vaginale ;

(1) Nélaton, vol. 5 bis.

(2) Gosselin, *arch. gén. de méd.* 1851, t. XXVII.

5° L'analogie de structure de la vaginale avec les autres séreuses.

Dans ses cliniques, publiées en 1877, à l'hôpital St-Louis, M. le professeur Duplay (1) dit : « D'autres « hydrocèles sont opaques en vertu de la coloration « de leur liquide. » Il admet donc qu'il peut y avoir hydrocèle avec un liquide sanglant et que c'est la paroi qui constitue le caractère important. En effet, il ajoute plus loin : « L'inflammation chronique de la « tunique vaginale, condition première de l'hémato- « cèle, transforme la séreuse en une coque charnue... » Ici encore, il indique comme caractéristique l'état de la paroi. Il semble néanmoins revenir sur cette opinion bien tranchée, quelques lignes plus loin, en disant : « L'absence de traumatisme sans lequel on n'observe « guère d'hématocèle. » Quoi qu'il en soit, il nous paraît constant que c'est à la paroi qu'il donne la plus grande importance.

En résumé, nous voyons que la plupart des auteurs répondent à notre première question en admettant, comme point important et caractéristique de l'hématocèle vaginale, l'épaississement constant de la séreuse. C'est cet épaississement, en effet, joint aux fausses membranes qu'on peut quelquefois rencontrer, qui masque la transparence, augmente la dureté de la tumeur, rend difficile la recherche du testicule au point de vue des symptômes, et qui, en ce qui regarde le traitement, nécessite une véritable intervention chirurgicale.

(1) Duplay, *Clin. chirurg.*, 1877

Ce serait donc l'épaississement de la tunique vaginale qui caractériserait particulièrement l'hématocèle ; le liquide plus ou moins teinté, même sanglant, ne serait qu'un accessoire.

Nous espérons montrer par les observations qui suivent, que la coloration du liquide n'est quelquefois qu'un incident sans importance, et que des cas à liquide sanglant peuvent, ou redevenir des hydrocèles, ou se comporter comme elles.

OBSERVATION I

Thèse de M. Cloquet, 1846, rapportée dans la thèse d'agrégation de Jamain, 1853.

. L'épanchement de sang n'avait pas été considérable,
. on est en droit de supposer qu'il n'y avait pas de caillots, car la poche fut complètement vidée par la ponction. Le malade guérit par ponction simple.

OBSERVATION II

Note due à l'obligeance de M. le docteur Levrat, professeur agrégé, et recueillie en 1875, dans le service de M. le professeur Duplay, à l'hôpital Saint-Antoine (Paris).

Dans un lit supplémentaire de la salle Saint-Barnabé, un homme de 45 ans est couché, porteur d'une tumeur qui offre tous les symptômes de l'hydrocèle simple, sauf la transparence.

Une première ponction donne issue à un liquide rouge-noir, analogue à du sang veineux, mais beaucoup plus séreux.

La tunique vaginale se vide complètement ; elle est souple ; le testicule paraît sain.

On pratique une injection iodée qui amène la guérison au bout de quelques jours.

OBSERVATION III

Recueillie dans le service de M. le docteur Levrat, agrégé, suppléant
M. le professeur Léon Tripiier.

Le nommé Jean G..., âgé de 54 ans, cultivateur, né à St-P... (Isère), entre le 14 août 1883, salle Saint-Philippe, lit n° 8, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Cet homme qui a toujours joui d'une bonne santé, s'est heurté violemment le testicule, il y a six ans, en arrachant un cep de vigne. Pendant quelques jours, il éprouva des douleurs ; le testicule sembla, dit-il, devenir plus dur, mais ce n'est que l'hiver dernier qu'il vit les bourses augmenter de volume.

Le scrotum, normal du côté droit, était, depuis cette époque, gros comme le poing, du côté gauche. Le malade donne comme renseignements précis que, jusqu'à la dernière semaine qui a précédé son entrée à l'hôpital, il constatait la transparence parfaite du liquide.

Jamais l'affection n'a présenté de poussée aiguë, jamais de période douloureuse. Pas de gonflement passager, pas de rougeur particulière.

Il y a huit jours, en essayant de soulever un fardeau, il fit un effort considérable : à partir de ce moment, sans aucune douleur, la transparence disparut et le volume augmenta légèrement.

A l'examen du malade, on constate la forme typique de l'hydrocèle, et tous les symptômes habituellement caractéristiques de cette affection, sauf la transparence qui fait absolument défaut.

Le malade n'ayant jamais présenté rien qui pût ressembler à une poussée de vaginalité, le diagnostic porté fut : hématocele consécutive à une hydrocèle ou hydrohématocele de M. Gosselin.

La fluctuation était bien franche en tous les points de la tu-

meur, la tunique vaginale souple. Le testicule était facilement délimité; on ne constatait ni dureté, ni inégalité.

La ponction ayant été faite avec toutes les précautions antiseptiques, donna un liquide rouge-brun, analogue à du sang veineux, mais plus séreux.

Dans un but de curiosité, le malade fut laissé en observation, de façon à intervenir dès que le liquide se serait reproduit.

Le 25 août, le liquide s'étant reproduit, l'incision, par le procédé de Volkmann, fut pratiquée par M. le docteur Levrat. Cette incision donna issue à un liquide clair et limpide, absolument analogue au liquide de l'hydrocèle.

La vaginale, très peu épaissie, est blanche et lisse; en un seul point, il existe une néo-membrane rouge, vasculaire, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes.

La tunique vaginale est lavée à la solution phéniquée forte ($\frac{7}{100}$); la petite néo-membrane est grattée à la curette. La suture profonde et la suture superficielle sont faites en laissant un drain dans la vaginale.

Le pansement est fait à l'iodoforme et à la gaze phéniquée; quatre jours après, on l'enlève et on ne constate ni gonflement, ni suppuration.

Le septième jour, on enlève le drain.

Le dixième jour, on enlève les sutures.

Le douzième jour, le malade quitte l'hôpital en bonne voie de guérison.

RÉFLEXION : Il s'agit donc, dans le présent cas, d'une hémato-cèle qui, par ponction simple, revient à n'être qu'une hydrocèle, et dont les lésions anatomiques ne sont autres que des lésions d'hydrocèle.

OBSERVATION IV

Recueillie dans le service de M. le D^r Pollosson, professeur agrégé suppléant de M. Létievant.

Em.-M. F... tisseur, âgé de 24 ans, occupe, à l'Hôtel-Dieu, le lit n° 98 de la salle St-Louis.

Ce malade nous dit qu'il s'est toujours bien porté; pas d'antécédents, il a 4 sœurs et 2 frères bien portants; il n'a jamais eu ni syphilis ni blennorrhagie.

Il a été opéré le 17 juillet 1883, par M. Létievant d'une hydrocèle du côté droit, et traité par l'injection iodée. Il est parti au bout de 15 jours non guéri.

Aujourd'hui, il rentre à l'hôpital et lorsque nous l'interrogeons pour nous éclairer sur la pathogénie de son affection, il nie toute espèce de coups ou d'efforts; il a seulement fait une longue marche, et il s'est senti très fatigué et « comme un poids » dans les bourses.

Le côté droit du scrotum est le siège d'une tumeur souple, régulière, donnant la sensation de la fluctuation franche.

Le testicule est parfaitement délimité en bas et en arrière.

Cette tumeur, qui ne présente plus de transparence aujourd'hui, a donné issue à un liquide hémétique, rouge-noir, le 18 février 1884, jour de l'entrée du malade à l'hôpital, et où elle fut ponctionnée par M. Létievant.

Le diagnostic est donc ainsi porté: c'est une hydrohématocèle ou hématocèle consécutive à une hydrocèle.

Le 10 avril, c'est-à-dire près de deux mois, après cette ponction, M. Pollosson agrégé, se prépare à faire l'opération par l'incision de Julliard.

La peau incisée, M. Pollosson procède à la ponction de la tunique vaginale; cette ponction donne un liquide citrin.

La tunique vaginale est légèrement épaissie, mais elle ne présente pas de fausses membranes comme dans l'hématocèle.

La vaginale est réséquée sur une longueur de deux centimètres environ.

M. Pollosson fait placer deux petits drains dans l'intérieur de la cavité et il réunit par trois points de suture au catgut.

La peau est suturée en trois points par un fil métallique ; on y place un drain.

Le pansement est un pansement de Lister avec poudre d'iodoforme dans la plaie.

Le lendemain, le malade va bien.

Le 15 avril, on enlève le pansement et on ne constate point de suppuration.

Le 20 avril, on enlève les sutures et les drains.

De 24 avril, le malade quitte l'hôpital en voie de guérison.

NOTE : Nous regrettons de ne pas avoir pu revoir ce malade, car, outre l'affection que nous venons de décrire, le côté gauche du scrotum était le siège d'une hydrocèle qui avait été ponctionnée le 15 mars par M. Létievant et traitée par l'injection iodée. La guérison semblait complète au moment du départ du malade

Il résulte de ces faits que des épanchements soit toirement sanglants ont pu, l'un, guérir par la ponction simple (Cloquet), l'autre par ponction suivie d'injection iodée (Duplay) ; enfin que, pour les autres observations, un liquide franchement hématique ayant été évacué, c'est un liquide d'hydrocèle simple qui s'est reproduit, et, dans ces cas, l'état de la vaginale caractérisé par l'absence de fausse membrane d'une part (obs. 4), d'autre part, par la présence d'une fausse membrane de la largeur seulement d'une pièce de 50 centimes (obs. 3), permettait d'espérer une guérison par l'injection iodée.

Nous serions donc disposé à admettre qu'il existe, d'une part, des hydrocèles simples et bien nettement caractérisées ; d'autre part, des hématocèles typiques, mais que l'on peut rencontrer deux variétés intermé-

diaires : l'une à liquide citrin avec lésions prononcées de la tunique vaginale, l'autre à liquide hématique avec très peu de lésions de la séreuse. Avec les auteurs que nous avons cités, nous serions d'avis de ranger la première de ces deux variétés dans les hématoécèles, en raison de l'intervention chirurgicale qu'elle nécessite ; quant à la seconde variété, nous proposons de lui donner le nom d'hydrohématoécèle, nous éloignant en cela de l'opinion de M. le professeur Gosselin, qui considère comme hydrohématoécèles toutes les hématoécèles, même typiques, consécutives à des hydroécèles. Pour cet auteur, en effet, « au début de leur organisation, les fausses membranes ont des vaisseaux à parois très minces, lesquelles se déchirent aisément dans cette région très mobile, et versent du sang dans la cavité vaginale, d'où hydrohématoécèle lorsque le sang se mêle à de la sérosité préexistante, et hématoécèle pure lorsque cette dernière condition n'existe pas. » (1).

Pour justifier la dénomination d'hydrohématoécèle que nous proposons pour cette affection, nous allons essayer d'établir qu'il existe, dans les cas qui nous occupent, une symptomatologie permettant de diagnostiquer d'avance l'hydrohématoécèle telle que nous la comprenons, et nous tâcherons d'en déduire des conclusions relatives à son traitement.

(1) Gosselin. — *Clin. chirurg.*, t. II, p. 663.

II

De l'hydrohématocèle.

D'après ce que nous avons dit dans le paragraphe précédent, nous définirons l'hydrohématocèle : une affection caractérisée par l'épanchement dans la tunique vaginale d'un liquide sanglant, avec intégrité de cette tunique autant que dans l'hydrocèle habituelle.

Quelle peut être la cause d'un semblable épanchement ?

Il est bien évident qu'il s'agit d'une rupture vasculaire et, en particulier, des vaisseaux néo-formés dans la tunique vaginale.

Dans les cas que nous avons pu observer, il y avait hydrocèle préexistante, et, à ce point de vue, nous rentrons dans l'idée de M. le professeur Gosselin : la tunique vaginale avait, dans un cas, subi une transformation néo-membraneuse, et la néo-membrane avait la largeur d'une pièce de cinquante centimes ; le malade, dans cette observation, accuse un effort comme ayant amené l'augmentation de volume et la disparition de la transparence qu'il avait lui-même constatée.

Cette production de l'hémorrhagie par effort simple est connue, néanmoins elle est rare ; c'est ainsi qu'on peut lire dans Nélaton (1) : « Parmi les causes, on a « signalé les efforts musculaires ; cela est fort rare. »

(1) Nélaton. — Vol. 5 bis, p. 635.

Dans notre observation IV, le malade accuse une fatigue excessive ; il y aura eu certainement froissement pendant la marche, ce qui équivaut à un traumatisme. C'est donc, d'une façon générale, à un traumatisme qu'il faut rapporter l'épanchement de sang ; nous nous contenterons seulement de faire remarquer que, dans les cas qui nous occupent actuellement et qui sont caractérisés par de faibles modifications de la tunique vaginale, où l'on ne trouve qu'à peine une ébauche de fausses membranes, il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'un traumatisme, assez minime pour passer inaperçu, suffit pour déterminer la rupture de ces fragiles capillaires.

Que se passe-t-il lorsqu'il y a eu épanchement sanglant ? Ici, nous laissons un moment la parole à Nélaton (1) « tantôt, dit-il, c'est une hydrocèle qui « vient compliquer une hématocele. » Ce que nous venons de dire montre qu'à notre avis l'épanchement séreux pourrait très bien avoir précédé l'épanchement sanglant, quitte à se reproduire ensuite, quand le sang aurait été évacué. Plus loin, en effet, Nélaton ajoute : « Plus souvent l'hématocele vient compliquer l'hydro- « cèle ; le sang épanché se mêle avec le liquide de « l'hydrocèle ; dans ce cas, la fibrine a été absorbée « et la matière colorante du sang est venue se mêler « à la sérosité. »

Nous admettons qu'un épanchement de sang est versé dans un liquide d'hydrocèle, mais il aurait lieu d'étudier à part la marche de l'évolution consécutive

(1) Nélaton. Vol. 5 bis. p. 627. 3°

de cet épanchement et surtout de la disparition de la fibrine, ainsi que l'indique Nélaton, et, après lui, Cornil et Rauvier (1). Ces auteurs nous disent en effet que « si l'épanchement sanguin a lieu alors qu'il y « avait auparavant une grande quantité de liquide « séreux dû à une hydrocèle, il n'y a pas de fibrine « coagulée dans le liquide de l'hématocèle qui est plus « séreux bien que coloré comme précédemment. » Mais ils ne nous disent pas par quel mécanisme cette fibrine disparaît, et c'est une question qu'il serait trop long de soulever pour le moment.

Il nous reste à voir maintenant si les épanchements dont nous nous occupons et que nous considérons presque comme un groupe à part, présentent une symptomatologie qui permette de les faire diagnostiquer.

Or, nous trouvons comme symptômes de ces épanchements : Ce sont des tumeurs élastiques en tous les points, ovales ou pyriformes, fluctuantes, à surface lisse, ne présentant ni inégalités, ni duretés, ni bosselures ; le testicule peut être bien délimité, il se trouve le plus souvent en bas et en arrière, mais la transparence fait toujours défaut. Nous savons bien que, pour certains auteurs, la transparence a été traitée de signe incertain. Pott (2) dit ceci à propos de l'hydrocèle : « La transparence de la tumeur en est le signe le plus « trompeur et le plus incertain, parce qu'il ne dépend « pas tant de la quantité, de la couleur et de la consis

(1) Cornil et Rauvier. *Anat.-path.*

(2) Pott. in Curling. p. 108.

« tance du liquide, que de l'épaisseur plus ou moins
« grande des enveloppes. Lorsque ces dernières sont
« minces, que le liquide est limpide, et que l'épan-
« chement s'est fait assez rapidement pour que la
« tunique vaginale n'ait pas eu le temps de s'épaissir,
« les rayons lumineux peuvent certainement passer à
« travers la tumeur ; mais cette réunion de circons-
« tances est exceptionnelle, et il ne faut pas compter
« qu'elle se rencontrera souvent. »

Quoi qu'il en soit, il est certain que la transparence est considérée comme un signe pathognomonique de l'hydrocèle par la plupart des auteurs. D'où peut donc provenir l'absence de transparence dans nos cas ? Elle peut provenir de deux causes : 1^o de l'épaisseur des parois et nous avons dit que nous rangions ces cas parmi les hématoctèles ; ce sont précisément les cas douteux de Pott ; 2^o de la coloration du liquide ; dans ce cas, la ponction exploratrice devient un véritable symptôme, grâce à l'emploi des précautions antiseptiques et aussi à des réserves que nous formulerons au point de vue du traitement.

La ponction exploratrice, dans l'hydrohématoctèle, donne issue à un liquide bien fluide, sans grumeaux, d'une teinte rouge-noir, analogue à celle du sang veineux, l'évacuation est facile et, de plus, elle est totale. La poche se vide complètement et, comme nous avons posé en principe qu'elle est souple, elle revient sur elle-même dans les mêmes conditions que la poche d'une hydrocèle simple lorsqu'on vient de la ponctionner.

Ces caractères qu'on peut résumer en disant : régu-

larité et souplesse de la poche, fluctuation comme dans l'hydrocèle, constatation facile de la situation du testicule, absence d'inégalités, de duretés, de bosselures, évacuation facile par la ponction exploratrice d'un liquide couleur de sang veineux, vidant complètement la poche qui revient sur elle-même, ces caractères, disons-nous, nous paraissent entraîner le diagnostic : hydrohématocèle. Il sera, du reste, facile de s'en rendre compte en comparant avec ce que nous allons dire de l'hématocèle vraie dans le paragraphe suivant.

III

De l'Hématocèle.

En regard de l'hydrohématocèle, que nous venons de décrire, et dans le but du diagnostic que nous nous proposons, nous allons étudier parallèlement les symptômes de l'hématocèle typique.

Nous ne nous arrêterons que peu sur la forme de la tumeur unilatérale, volumineuse, plutôt pyriforme qu'arrondie. Ces symptômes, en effet, seraient communs aux deux variétés, et nous voulons insister sur les différences.

La douleur ne nous offre pas non plus de caractères suffisants pour établir un diagnostic.

On trouve, d'une façon générale dans les auteurs, que l'hématocèle est plus lourde que l'hydrocèle ou,

ce qui, à notre point de vue, est la même chose, plus lourde que l'hydrohématocèle. Ce symptôme n'a qu'une valeur bien faible. En premier lieu, il est difficile d'apprécier exactement le poids d'un organe attenant au reste du corps, à tel point que, par le poids, on ne peut faire la différence entre une hématocèle et un sarcôme; de plus, si on ne considère que le poids, tout dépend du volume et telle hydrohématocèle volumineuse pèsera plus qu'une hématocèle vraie d'un volume un peu moindre. Enfin, il ne peut s'agir, dans l'espèce, que de différences de poids peu sensibles à la main; c'est pourquoi nous croyons devoir rejeter le symptôme pesanteur de ceux qui peuvent nous permettre d'établir un diagnostic différentiel.

Quelques auteurs signalent la rougeur de la peau dans l'hématocèle; nous ne voulons pas nous y arrêter. Il est à craindre que ces auteurs aient pris pour une rougeur symptomatique, soit le résultat d'un traumatisme sur les bourses, soit le résultat de médicaments appliqués auparavant sur la tumeur.

On signale dans l'hématocèle de grosses veines distendues par le sang; ce fait ne s'est jamais rencontré dans les hydrohématocèles que nous avons eu occasion d'observer; néanmoins, nous n'y attachons qu'une importance secondaire, en raison des varices qui peuvent quelquefois siéger sur les bourses.

La palpation indique, en général, des irrégularités de consistance sur les différents points de la tumeur quand il s'agit d'une hématocèle vraie, et nous devons signaler, de plus, que la résistance au doigt est toujours superficielle dans l'hématocèle, tandis que, dans

le sarcocèle, il est rare qu'il ne se rencontre pas une légère couche d'hydrocèle symptomatique, comme l'a décrite M. Boursier (1), couche qui fléchira sous le doigt et donnera, après une résistance vaincue, la sensation d'un choc profond.

Le testicule, ainsi que nous l'avons dit, est facilement perceptible et délimitable dans l'hydrohémato-cèle, ce n'est quelquefois qu'avec peine qu'on peut constater sa présence dans l'hématocèle vraie.

S'il nous était permis de faire ici une digression, nous dirions avec Curling que, dans l'hématocèle surtout, il est important de se rendre compte des cas d'inversion testiculaire. — Dans ces cas, en effet, le testicule est exposé à être blessé, soit par la ponction exploratrice, soit par l'incision curative ; c'est pourquoi Curling (2) dit : « Il est toujours important, avant
« de commencer une opération, de s'assurer qu'il n'y
« a pas de situation anormale de la glande, de façon
« à ne pas la blesser. »

Les symptômes précédents nous permettraient déjà d'établir un diagnostic différentiel fondé, d'une part, sur ce que, dans l'hydrohématocèle, la tumeur est souple, fluctuante, ou tout au moins uniformément rénitente, tandis que, dans l'hématocèle, la tumeur est plus dure, la fluctuation assez masquée pour faire croire quelquefois à une tumeur solide, les irrégularités très prononcées à la palpation, en raison des concrétions fibrineuses déposées par places sur les parois de la vaginale.

(1) Boursier, thèse Paris, 1880.

(2) Curling, *mal. du testi.* p. 109.

Il nous reste cependant à parler au point de vue du diagnostic différentiel de la ponction exploratrice ; il en est de l'hématocèle comme de la vessie distendue. Autrefois, on ponctionnait au gros trocart et, de temps en temps, des accidents graves suivaient. Depuis, M. Dieulafoy a introduit, en chirurgie, le trocart capillaire, et les graves ponctions de la vessie sont devenues si bénignes qu'elles rentrent dans le domaine de la petite chirurgie. Il en est de même au point de vue de l'hématocèle : la ponction avec le gros trocart qu'on avait vue, autrefois, suivie des plus graves complications : phlegmon diffus, gangrène, etc., a pu, grâce au trocart capillaire, être pratiquée journellement sans accident.

Les moyens antiseptiques que nous connaissons aujourd'hui sont venus rendre la ponction encore plus inoffensive, et, grâce à la méthode antiseptique, cette même ponction, au lieu d'être un traitement, est devenue un symptôme.

Dans l'hydrohématocèle, le liquide auquel la ponction donnera issue est un liquide parfaitement fluide, d'une coloration rouge-noir, analogue au sang veineux. Point de grumeaux, point de concrétions fibrineuses ; jusqu'à évacuation totale du liquide, le trocart restera libre sans aucune obstruction, même momentanée.

Dans l'hématocèle, les qualificatifs ne manquent pas pour désigner le liquide qui sortira par le trocart. Les auteurs disent : tantôt lie de vin, tantôt café au lait, tantôt chocolat. Le liquide est poisseux, épais, rempli de grumeaux et de corpuscules fibrineux ; il n'est pas rare que, pendant la ponction exploratrice, le trocart

(capillaire) ne soit obstrué par des grumeaux en suspension dans le liquide.

Nous n'avons pas, jusqu'ici, parlé de la transparence ; il faut dire que dans l'hydrohématocèle, aussi bien que dans l'hématocèle vraie, cette transparence fait défaut ; du reste, nous n'attachons qu'une importance relative à ce symptôme, puisqu'il y a quelques jours encore, il nous a été permis d'observer dans le service de M. le professeur Poncet, à l'hôpital de la Croix-Rousse, un cas d'hydrocèle, où nous n'avons pu qu'avec peine constater la transparence (1).

Ce fait qui ne rentre pas dans le cadre de notre travail, nous a paru, néanmoins, important à signaler parce qu'il démontre quelle valeur peut avoir parfois la ponction exploratrice, puisque seule, elle permettrait de savoir si l'on est autorisé ou non à tenter l'injection iodée.

Des faits qui précèdent, il nous semble résulter qu'il existe des hydrohématocèles caractérisées par un épanchement sanglant dans une vaginale peu malade, susceptible, par ponction simple, de revenir à l'état d'hydrocèle, et qu'il est possible de diagnostiquer cette variété en tenant compte des symptômes que nous venons de rapporter.

Que si l'on nous objecte que ce n'est peut-être là qu'un des degrés de l'évolution normale et régulière de l'hématocèle, nous pensons que s'il est possible de diagnostiquer cette période, les conséquences qui en

(1) Nos remerciements à notre ami et homonyme, M. Rochet, interne du service, qui nous a prêté gracieusement son concours.

résultent, au point de vue du traitement, nous permettront de faire bénéficier le malade du procédé opératoire qui nous semble, jusqu'ici, préféré en France : l'injection iodée.

Que pouvons-nous conclure au point de vue du traitement ?

Jusqu'à ce jour, en France, on n'a pas encore admis comme procédé courant, l'incision de l'hydrocèle ; il semble donc, par l'exemple de nos maîtres, que toutes les fois où il pourra être appliqué, on devra employer le procédé qui consiste à faire la ponction et l'injection iodée.

Est-ce à dire que nous conseillions, lorsqu'une ponction aura donné issue au liquide que nous avons décrit plus haut, qu'on doive pratiquer de suite l'injection iodée ? Nous répondrons : non, catégoriquement ; mais, nous savons qu'après évacuation de ce liquide, il peut se faire que ce soit un liquide citrin qui se reproduise et, dans ce cas, on ne serait plus en présence que d'une hydrocèle simple. Voici donc ce que nous conseillons : lorsqu'une ponction aura été faite dans une tumeur non-transparente, et faite surtout avec les précautions de la méthode antiseptique, si les symptômes précédents, le liquide et l'évacuation totale de la poche font penser à une hydrohématocèle, on devra, avant d'intervenir, attendre la reproduction du liquide. La piqûre primitive se refermera facilement si le malade est au repos et si les soins antiseptiques sont appliqués.

Dès que le liquide sera reproduit, une deuxième ponction apprendra, si la transparence ne l'a pas ap-

pris auparavant, s'il s'agit d'un liquide sanglant ou d'un liquide citrin. Dans le premier cas, on se comportera comme si l'on était en présence d'une hématocele; dans le second, comme en présence d'une hydrocele, c'est-à-dire, qu'à notre avis, on devra tenter l'injection iodée.

NOTE : Dans la communication faite à la Société des Sciences médicales par M. le D^r Levrat, agrégé, M. le D^r Chambard-Hénon a posé la question de savoir si, après la première ponction, quand le liquide est reproduit, la transparence ne pourrait pas être observée? L'observation de M. Pollosson, où le liquide reproduit était citrin, sans transparence, semble nous indiquer que, dans ces cas, il ne faut pas compter sur ce symptôme.

Avant d'entamer le chapitre du traitement, nous devons rapporter ici quelques observations que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Poncet, notre président de thèse, et qui serviront de base à l'exposé des méthodes thérapeutiques de l'hématocèle.

OBSERVATION V

G... Etienne, âgé de 65 ans, entre le 16 avril 1883 dans le service de M. le professeur Poncet, à l'hôpital de la Croix-Rousse, où il occupe le lit n° 26 de la salle Saint-Eucher.

Ce malade a eu une hydrocèle opérée en 1870 par M. le professeur Ollier.

Il y a un an, le côté où siégeait l'hydrocèle devint le siège d'une nouvelle tuméfaction, qui augmenta assez rapidement.

A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence dans les bourses, du côté droit, d'une tumeur volumineuse grosse comme les deux poings. Elle est lourde, fluctuante, indolore. La peau qui la recouvre est saine.

Il n'y a pas de transparence.

Le diagnostic est : hématocèle vaginale.

Le 23 avril, M. Poncet pratique la castration après dissection de la poche. Le cordon est pris entre deux ligatures. Pausement à l'iodoforme,

Le soir, hémorrhagie. La peau des bourses est distendue par de gros caillots formés dans la plaie. La région est douloureuse à la pression, surtout sur le trajet du cordon. Le malade est pâle; il a eu deux syncopes.

La plaie est lavée et les caillots enlevés. Des tampons de charpie imbibés d'eau de Pagliari sont laissés dans la plaie.

Le 25 avril, la peau de la région, inguino-scrotale est violacée, celle du fourreau de la verge et du prépuce est œdématiée. Une vaste ecchymose siège à la région qui est toujours très douloureuse à la pression.

Depuis quatre jours, le malade n'est pas allé à la selle; il a eu du délire pendant la nuit.

M. Poncet prescrit un purgatif et l'application de quinze sangsues sur le trajet du cordon.

Le 26 avril, les douleurs ont perdu beaucoup de leur intensité. L'état général est satisfaisant.

Le 6 mai, le malade quitte l'hôpital en voie de guérison.

OBSERVATION VI

B... Louis, cultivateur, âgé de 62 ans, entre le 20 novembre 1882 dans le service de M. le professeur Poncet, à l'hôpital de la Croix-Rousse, où il occupe le lit n° 32 dans la salle Saint-Eucher.

Ce malade eut, à l'âge de dix-huit ans, une hémorrhagie très forte par la verge, et il porte encore les traces d'une cicatrice profonde au niveau de la couronne du gland, du côté droit. Pas d'autres maladies antérieures.

Il y a un an, il entra à l'Hôtel-Dieu pour une hématocele vaginale du côté gauche, dont il fit remonter le début à quinze ans environ. Il fut opéré par M. Poncet et sortit, après vingt-huit jours, complètement guéri. Il ne reste plus de trace de l'opération qu'une cicatrice à peine visible, dissimulée dans les plis de la peau du scrotum.

En même temps, il avait à droite une hydrocele qui fut ponctionnée dans la même séance.

Un mois après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il s'aperçut que sa tuméfaction reparaissait à droite, du côté de l'hydrocele. Cette tuméfaction augmenta peu à peu, sans jamais atteindre le volume de la première hydrocele.

C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital de la Croix-Rousse. La tumeur a le volume du poing; elle est indolore, molle, transparente. Une bride de la vaginale la sépare en deux parties et lui donne la forme d'un estomac.

Le 21 novembre, on fait la ponction: il s'écoule un liquide clair, transparent, citrin. On pratique une injection iodée; la réaction a été très faible, pas de douleur, peu de gonflement.

Le 25, l'exéat du malade est signé.

OBSERVATION VII

V... Etienne, âgé de 54 ans, né à Panissière (Loire), entre le 3 mai 1882, dans le service de M. le professeur Poncet, à l'hôpital de la Croix-Rousse, où il occupe le lit n° 16 de la salle Saint-Eucher.

Ce malade entre pour une tumeur de la bourse droite. Il y a deux ans et demi environ, le malade vit se former, sans cause appréciable, une hydrocèle du côté droit. Pendant deux ans, il ne fit aucun traitement. Il y a cinq mois, une ponction faite dans le service du professeur Létievant, à l'Hôtel-Dieu, donna un liquide citrin. Une injection iodée n'amena aucune réaction inflammatoire au dire du malade.

Deux mois environ après l'opération et en une huitaine de jours, il vit se reformer une tumeur identique à la première. — Pas de traumatisme.

Actuellement, la tumeur a à peu près le volume des deux poings; elle a une forme conique à base supérieure; au-dessus, le cordon est libre. Les veines superficielles sont assez développées. La palpation indique de la résistance et de la fluctuation. La tumeur est lourde; la sensibilité testiculaire est mise en éveil par la pression au niveau du sommet de la tumeur.

Pas de transparence.

Le 4 mai, la ponction exploratrice fournit un liquide hématique. Immédiatement, sans anesthésie (le malade s'y refusant absolument, parce que, dit-il, endormi une fois pour section d'hémorroïdes, il a failli mourir?) M. Poncet ouvre largement la vaginale sous la pulvérisation phéniquée. Il sort environ 400 gr. de liquide hématique. La vaginale est très épaissie (3 à 4 millim.); le testicule se trouve à la place indiquée par la sensation perçue précédemment.

La face interne de la vaginale est tapissée par des fausses membranes, qui sont enlevées par le râclage à la curette dans les points où elles sont le plus adhérentes.

Ouverture de deux petits kystes, contenant eux aussi du liquide hématique et siégeant sur l'albuginée.

Lavage à l'acide phénique. On remplit de camphre la cavité vaginale; on met un drain et on fait un point de suture.

Pansement avec gaze phéniquée et mac-Intosh.

Le soir, hémorrhagie assez abondante. On enlève le pansement et, après avoir fait sauter le point de suture, on lie deux petites artères. La température axillaire est de 37°.

Le 5 mai, le malade a passé une bonne nuit, la température rectale prise le matin est de 38°6. Les lèvres de la plaie ont un bon aspect. Pas de nouvelle hémorrhagie, pas de douleur. Point de pus. On fait le même pansement avec le camphre. La température rectale du soir est de 38°9.

Le 6, le malade est dans le même état. Température rectale du matin 38°6. Température rectale du soir 39°8.

Le 7 au matin, température rectale 38°6, le soir 39°2.

Le 8 au matin, température rectale 38°6, le soir 39°.

Les jours suivants, la température va en décroissant. Le malade va bien.

Le 17 au matin, la température est de 37°, le soir de 37°4.

Le 20, le malade soit en très bon état. Il n'y a jamais eu de suppuration. La cavité vaginale présente depuis 10 jours des bourgeons de bon aspect qui peu à peu l'ont comblée.

Le 7 juin, le malade revient : il reste à la partie supérieure de l'incision un petit pertuis par lequel s'écoule, à la pression, un liquide citrin d'odeur fétide.

M. Poncet agrandit l'ouverture et retire 15 grammes environ de ce liquide; sur la vaginale se trouvent des membranes grisâtres qui sont enlevées par le râclage.

Etat général très bon.

Le malade retourne chez lui à pied.

NOTE : Nous avons donné rendez-vous à ce malade, il n'y est point venu et, depuis sa sortie de l'hôpital, il a changé d'adresse; il nous a été impossible de le rencontrer.

OBSERVATION VIII

C... Joseph, tonnelier, âgé de 55 ans, né au Bourget (Savoie), entre le 11 avril 1882, dans le service de M. le professeur Poncet à l'hôpital de la Croix-Rousse, où il est couché au n° 29 de la salle St-Eucher.

Ce malade jouit d'une bonne santé, il n'accuse aucun traumatisme au niveau des organes génitaux.

Il y a 2 ans, il vit son testicule droit augmenter de volume ; depuis, la tumeur n'a fait que s'accroître.

Il y a un an, à la suite d'un effort, la tumeur augmenta brusquement. Le malade consulta alors un médecin qui lui ordonna « des applications » sur les parties.

La tumeur diminua un peu d'abord, puis elle reprit sa marche progressive.

Aujourd'hui, nous constatons une tumeur de la grosseur de 2 poings du côté droit. De forme allongée, cette tumeur remonte jusqu'à l'anneau inguinal externe. Elle représente assez bien la cavité vaginale distendue par du liquide. Sa surface est lisse, sans adhérence à la peau. Par la pression on ne sent pas de fluctuation, mais la dépression est suffisante pour éloigner l'idée d'une tumeur solide. Il n'y a pas de transparence, pas de douleur.

Le diagnostic est : hématocele de la tunique vaginale.

La ponction donne un liquide couleur chocolat.

Le 13 avril, M. le professeur Poncet pratique la castration. Le pansement est fait avec de l'iodoforme.

Le 15 avril, pas de gonflement inflammatoire sur les bords de la plaie. Pas de fièvre. Ecchymose superficielle sur la moitié du scrotum du côté droit.

Le 21, le malade va bien. Par la plaie encore profonde, il s'écoule un peu de sérosité sanguine. Pas de douleur.

Le 24, hémorrhagies assez abondantes dues probablement à la chute des ligatures faites sur le cordon. L'état du malade est bon.

Le 30 avril, le malade s'en va, la plaie n'est pas fermée, mais es bourgeons charnus tendent à la combler.

Le 14 juin 1884, ce malade, sur notre demande, est revenu à la salle St-Eucher ; il nous dit, qu'à partir du 30 avril 1882, il a continué les pansements pendant deux mois, sans voir s'écouler de sérosité. Il est parfaitement guéri ; la cicatrice est très adhérente. Interrogé sur l'effort qu'il avait fait, il nous affirme avoir soulevé un fût de jus de citron pesant 600 kilog.

OBSERVATION IX

Jean-Marie B. . . , tisseur, âgé de 20 ans, entre le 15 novembre 1882, à l'hôpital de la Croix-Rousse, où il occupe le lit n° 15 bis, à la salle Saint-Eucher, dans le service de M. le professeur Poncet.

Le malade n'offre pas d'antécédents pathologiques.

Le début de son affection actuelle remonte au mois de janvier. A cette époque, le malade commença à ressentir quelques douleurs vagues ; des tiraillements le long du cordon se firent sentir jusque dans la cavité abdominale. Ces douleurs du début ont disparu à la date de l'entrée à l'hôpital.

En même temps que les douleurs, le malade s'aperçut d'une tuméfaction dans les bourses du côté droit. Il ne rapporte à aucune cause accidentelle le début de son affection.

La tumeur s'est accrue petit à petit et est arrivée insensiblement à la grosseur du poing, volume qu'elle possède aujourd'hui. Elle est arrondie, rénitente, fluctuante. On n'en peut constater la transparence en aucun point.

Le testicule occupe la partie postérieure et supérieure de la tumeur, vers la racine des bourses. Le malade dit que le testicule de ce côté a toujours été plus gros que celui du côté opposé. Il a eu une blennorrhagie il y a deux ans, mais pas d'orchite.

L'écoulement a complètement disparu.

Le diagnostic est : hématocele de la tunique vaginale.

18 novembre. — Incision sur la tumeur. La poche à parois très épaisses (3 à 4 millimètres) est remplie de sang. Les fausses membranes qui la tapissent sont enlevées à la curette, par M. le professeur Poncet, qui fait trois ligatures.

Le pansement est fait avec un mélange de camphre en poudre et d'iodoforme.

14 décembre. — La plaie est en bonne voie de réparation ; la suppuration est légère ; on laisse un petit drain dans la cavité et le malade quitte l'hôpital.

Le 14 juin 1884, nous avons revu ce malade auquel nous avions donné rendez-vous à la salle Saint-Eucher ; il est parfaitement guéri et prétend même, qu'au moment où il a passé le Conseil de révision, les médecins militaires n'ont point vu qu'il avait subi une opération. La cicatrice est linéaire, peu apparente et peu adhérente au tissu sous-jacent.

CHAPITRE TROISIÈME

TRAITEMENT

A l'époque de Boyer, on avait déjà recours, pour la cure des hydrocèles, aux injections de vin chaud :
« C'est sans fondement que l'on a prétendu que la
« méthode des injections n'était pas applicable aux
« hydrocèles anciennes, ni à celles dans lesquelles la
« tunique vaginale est plus épaisse que dans l'état
« naturel. En effet, l'expérience m'a appris que
« quelque volumineuse que soit une hydrocèle, l'in-
« jection en procure toujours la guérison radicale,
« si elle est faite de manière à exciter une irritation
« assez grande pour produire l'inflammation adhé-
« sive. J'ai remarqué seulement qu'alors la guérison
« est beaucoup plus longue. » (1)

Il y a lieu de s'étonner d'une affirmation aussi éner-

(1) Boyer. *Malad. chirurg.* t. x, p. 218.

gique, quand on songe que l'injection vineuse a été rejetée en raison de ses dangers, même dans l'hydrocèle simple.

Au sujet du traitement de l'hématocèle, nous trouvons dans Curling : « Autrefois pour l'hématocèle qui « suivait ou venait compliquer une hydrocèle, on incisait de suite la tumeur vaginale et on la vidait. En « général, cette opération n'est pas nécessaire, car le « sang épanché, surtout s'il est peu abondant, ne produit souvent qu'une faible irritation, et comme il se « mélange avec la sérosité de l'hydrocèle, on peut « l'évacuer au moyen de ponctions que l'on renouvelle « de temps en temps, jusqu'à ce que le liquide cesse « d'être rouge. Lors même qu'une inflammation survient, on ne doit pas trop se hâter d'ouvrir la tunique « vaginale, car cette inflammation peut céder, et l'opération être évitée par la ponction qui diminue la « tension de la tumeur par le repos et le traitement « antiphlogistique (1). »

Si nous reproduisons ici textuellement les paroles de l'auteur anglais, c'est parce qu'elles semblent nous prouver que Curling savait que l'hydrohématocèle peut rétrocéder, et, lorsqu'au moyen de ponctions multiples il recherche la guérison, ne semble-t-il pas indiquer qu'il pensait diagnostiquer cette variété.

Quelques lignes plus loin, à l'appui de son dire, Curling (2) nous cite l'exemple d'un garçon d'écurie qui entre à l'hôpital pour une tumeur scrotale lourde

(1) Curling, p. 243.

(2) Curling, p. 243.

et volumineuse qui était vivement enflammée, œdémateuse et très sensible : « On apprit qu'il avait
« depuis plusieurs années une hydrocèle, et qu'un chirurgien avait fait la ponction. Quand, plus tard, le
« gonflement se fut reproduit, le malade s'en débarrassa en ponctionnant lui-même avec un canif, ce
« qui n'eut aucun résultat fâcheux. Il avait répété
« cette opération un mois environ avant son entrée à
« l'hôpital, mais avec moins de bonheur cette fois,
« car les bourses n'avaient pas tardé à devenir douloureuses et à se tuméfier; peu de temps après, la
« tumeur s'était encore accrue à la suite d'un coup de
« pied de cheval..... »

Dans cette observation, après avoir employé, sans beaucoup de succès, les antiphlogistiques, Curling eut recours aux ponctions répétées. La première ponction donna issue à un sang brunâtre mêlé de petits caillots; la seconde ponction, faite quelques jours plus tard, fournit un sang plus limpide; puis enfin tout le liquide disparut, et le malade sortit guéri, tout à la fois de son hydrocèle et de son hématocèle, dix-sept jours après son entrée à l'hôpital.

De ce fait, l'on peut conclure que les ponctions multiples agissent en déterminant une vaginalite qui, dans certains cas, peut être adhésive et amener la guérison, dans d'autres, l'inflammation dépassant le but, la suppuration s'en suit avec un cortège de symptômes graves, tels que phlegmons diffus, production de gaz, gangrène. Curling croit que ces symptômes graves sont dus à l'altération des liquides organiques et à la résorption de matériaux délétères résultant de cette

altération : « On pourrait objecter, dit-il, qu'après la
« ponction l'air ne peut pas séjourner dans la poche et
« se mêler avec le sang ; l'objection serait valable, si
« la fausse membrane était tellement mince qu'elle pût
« revenir sur elle-même en même temps que les autres
« couches du scrotum, et empêcher ainsi la formation
« d'un vide qui favorise l'entrée de l'air par la canule,
« au moment où l'évacuation du liquide se termine.
« Mais si la fausse membrane est, comme cela a lieu
« souvent, rigide et peu flexible, elle ne revient pas
« sur elle-même à mesure que le sang s'échappe, et
« un moment arrive où, un vide se faisant, l'air exté-
« rieur se précipite (1).

Du moment où il est reconnu que l'exposition de la fausse membrane et des caillots au contact de l'air peut faire naître des accidents, l'opération qui convient à l'hématocèle doit être combinée de façon à prévenir ce danger. Il ne faut pas compter sur les injections irritantes, parce que la séreuse n'est plus dans les conditions favorables à l'emploi de cette méthode ; on peut avoir recours à l'incision : « On ouvre la tunique
« vaginale à sa partie supérieure avec une lancette ;
« puis sur une sonde cannelée ou sur le doigt introduit
« par la plaie, on divise le sac de haut en bas dans
« toute son étendue avec un bistouri. On a soin de
« prolonger l'incision jusqu'à la partie inférieure,
« afin d'éviter la stagnation du pus. On doit, d'ailleurs,
« procéder avec précaution, afin d'éviter la lésion du
« testicule. » (2)

(1) Curling, p. 260.

(2) Curling, p. 244.

Après l'incision, Curling dit que le pansement doit consister dans l'application de cataplasmes ou de linges mouillés d'eau froide. Si l'on met de la charpie entre les lèvres de la plaie pour empêcher leur réunion par première intention, il faut se garder d'en mettre au fond de la poche, en contact avec la séreuse. » Des « symptômes graves et une réaction générale intense « résultent parfois de cette opération et sont causés « par l'inflammation aiguë du sac, dont il a fallu mettre « à nu la surface interne (1). »

Mais, en général, dit le même auteur, l'inflammation est heureusement modifiée par l'incision et la perte de sang qui en résulte, et l'irritation locale diminue bientôt sous l'influence d'un traitement approprié.

Chez les vieillards, les cachectiques, lorsqu'il y a épaissement et induration des parois, Curling admet, comme meilleure opération, l'ablation de toute la tumeur. « En pareil cas, dit-il, la perte du testicule « est sans importance, et le scrotum revient tellement « sur lui-même après l'ablation des tumeurs volumi- « neuses que non seulement la plaie est comparati- « vement petite et beaucoup moindre que celle de « l'incision de l'hématocèle, mais encore se cicatrise « rapidement, au lieu d'être le siège d'une suppuration « prolongée. (2)

En résumé, Curling indique comme mode opératoire les ponctions successives, l'incision, la castration.

M. le professeur Gosselin, dans son addition à

(1) Curling, p. 247.

(2) Curling, p. 249.

Curling, parle des injections iodées pour les rejeter(1) :
« Il ne faut pas compter sur les injections irritantes
« parce que la séreuse n'est plus dans les conditions
« favorables. »

Cependant, nous lisons dans la thèse de M. Guillon(2) au sujet des injections iodées : Cette méthode peut amener la guérison de l'hématocèle, lorsque les conditions anatomiques ne s'éloignent pas trop de celles de l'hydrocèle et que les fausses membranes peuvent facilement revenir sur elles-mêmes. M. Guillon rapporte textuellement les paroles de M. le professeur Gosselin :
« Les injections iodées peuvent à la rigueur réussir
« lorsque la fausse membrane est au premier degré.....
« dit M. Gosselin. Je ne sais si, en pareil cas, des
« adhérences s'établissent entre la fausse membrane
« et le feuillet viscéral de la séreuse, ou si la première
« serait seulement modifiée de manière à ne pas
« laisser exhaler le liquide ; je me demande, en outre,
« si les guérisons seraient aussi durables que dans
« l'hydrocèle.

Depuis, ajoute M. Guillon, M. Gosselin a constaté des guérisons durables, même dans les cas où l'hématocèle avait atteint le second degré.

M. le professeur Gosselin signale le séton qui agirait évidemment par inflammation et suppuration ; nous n'avons pas malheureusement de cas de drainage capillaire qui pourrait rentrer dans le même groupe. Partisan de la castration, seulement dans les cas extrêmes,

(1) Gosselin. in Curling. p. 261.

(2) Guillon. 1877.

M. Gosselin préconise la méthode de la décortication (1) : « La décortication a l'avantage de conserver
« le testicule, de supprimer la fausse membrane et le
« vieux sang qui est accolé ou emprisonné, d'amener
« la suppuration sur un tissu conjonctif normal, beau-
« coup plus apte à la prendre avec une inflammation
« bénigne que le mauvais tissu qui forme la néo-mem-
« brane. »

MM. Panas et Demarquay sont opposés à la décortication précisément en raison de la suppuration; ils redoutent les accidents septiques.

M. Laboulbène dit que c'est une « opération hardie et utile (2). »

Voici, en résumé, en quoi elle consiste :

Après incision, on saisit avec des pinces à griffes la tunique vaginale d'une part et, avec les doigts de l'autre, ou bien avec une autre pince à griffes on décolle de la vaginale la fausse membrane qui la revêt. On a besoin quelquefois de se servir d'une spatule.

Par un travail lent et souvent pénible on arrive ainsi à séparer l'ancienne vaginale de la fausse membrane et du « vieux sang » qui y est accolé.

En général, la fausse membrane ne s'enlève que sur le feuillet pariétal, le feuillet viscéral est difficile à libérer; on pourrait, d'après M. le professeur Gosselin, aller jusqu'à détacher de sa surface, avec les pinces et le bistouri, les portions fibrineuses adhé-

(1) Gosselin. *Clin. chir.*, p. 671.

(2) Laboulbène. *Anat. path.*, p. 812.

rentes et les caillots rougeâtres et plus ou moins « mollasses ».

Nous nous étendons fort peu sur la décortication ; il nous semble, en effet, qu'elle serait aussi efficacement et plus facilement pratiquée par le grattage à la curette sur lequel nous aurons l'occasion de donner plus loin notre avis.

En résumé, jusqu'aux époques du pansement antiseptique, on avait comme mode de traitement :

- Ponction simple ;
- Ponctions répétées ;
- Ponction et injection iodée ;
- Séton ;
- Incision ;
- Incision et pansement ;
- Décortication ;
- Castration.

La méthode antiseptique a agi sur ce point comme sur les autres.

La ponction exploratrice est un moyen de diagnostic, mais s'il s'agit véritablement d'une hématocele, on doit opérer de suite.

Choisit-on l'incision ? Deux procédés se présentent, celui de Volkmann :

Volkmann commence par laver la partie inférieure de l'abdomen, le scrotum, le périnée et le haut des cuisses avec la solution phéniquée à 3 pour 100, en frictionnant et brossant énergiquement. Il pratique alors l'incision simple de la poche ; il lave et nettoie la cavité vaginale avec la solution phéniquée forte, gratte à la curette les points qui lui paraissent surtout ma-

lades, et fait la suture en une seule couche en adossant la vaginale à la peau et en laissant un drain dans la tunique vaginale.

Un autre procédé a été décrit dernièrement par M. Julliard, de Genève, dans la *Revue de Chirurgie* du 10 février 1884.

Laissons la parole à M. Julliard (1) : « Je lave la région avec une solution phéniquée à 1,25 p. %. Cette solution n'irrite pas la peau et elle est bien suffisante comme antiseptique..... Je n'emploie que des solutions chaudes..... Ces lavages doivent être faits avec ménagement, avec une éponge douce ou du coton..... La région étant bien nettoyée, je fais tendre la peau sur la tumeur et je l'incise de haut en bas. C'est dire que je fais une grande incision..... L'incision de la peau étant faite, je continue couche par couche, jusqu'à que je sois arrivé sur la tunique vaginale ; les vaisseaux sont pincés et tordus au fur et à mesure qu'ils sont coupés..... Arrivé sur la tunique vaginale, je fais, à sa partie supérieure, une boutonnière dans laquelle j'introduis le doigt, et j'achève avec des ciseaux l'incision de la tunique, sur une longueur égale à celle de l'incision cutanée..... L'incision de la tunique vaginale étant faite, j'inspecte le testicule et la surface interne de la vaginale. Cet examen doit être fait minutieusement, dans tous les coins et recoins. On trouve presque toujours de petits kystes, des corps étrangers, libres ou adhérents; des exsudats sanguins ou *pseudo*

(1) Julliard, *Rev. de chirurg.* p. 83 et suivantes.

« *membraneux*, des plaques calcaires ou cartilagineu-
« ses, etc..... La cavité est débarrassée de toutes les
« productions anormales qu'elle peut contenir, à l'aide
« d'éponges imbibées de solution phéniquée très fai-
« ble. Je proscriis les grands lavages. La toilette de
« la cavité étant faite, je résèque de la tunique vagi-
« nale ce qui est nécessaire, pour que ce qu'il en reste
« suffise à recouvrir le testicule et le cordon, et je
« suture la vaginale en l'ajustant sur le testicule et le
« cordon. Cette suture est faite avec des catguts très
« fins placés à un centimètre les uns des autres.
« J'obtiens ainsi un adossement complet et hermétique
« du feuillet pariétal avec le feuillet viscéral, sur le-
« quel il est appliqué et tendu sans aucun repli.

« Il faut prendre garde de ne pas fermer la vaginale
« avant que l'hémostase y soit complète. Il ne faut
« point mettre de drains dans la vaginale.....
« Quand on opère sur une séreuse, il suffit d'adosser
« exactement, surface contre surface, pour que l'adhé-
« rence se produise immédiatement sans aucun suinte-
« ment..... Toutefois, si la tunique
« vaginale est profondément altérée, s'il a fallu la
« râcler fortement ou la cautériser, il sera prudent de
« la drainer, parce qu'ici, on ne peut pas compter sur
« une adhérence par première intention; la tunique
« vaginale a perdu complètement ses caractères de
« séreuse: c'est une surface cruentée tout comme une
« autre..... Après avoir fait la suture de la
« vaginale, je fais celle du scrotum..... je suture
« le scrotum avec du catgut et je place un drain à la
« partie déclive de l'incision..... J'emploie, pour

« ce drainage, les tubes en caoutchouc de Chassaignac
 « Reste maintenant le pansement? Il doit
 « remplir trois conditions : être antiseptique, com-
 « pressif et ne pas irriter le scrotum. Je couvre
 « l'incision avec un morceau de protectrice; pardessus
 « le protectrice, une large couche de grosses éponges
 « imbibées d'une solution phéniquée à 1.25 pour 100;
 « cette couche d'éponges recouvre le scrotum, le péri-
 « née, le bas-ventre jusqu'aux cuisses. Puis la gaze
 « antiseptique et l'imperméable, maintenus par des
 « bandes entourant le ventre et le haut des cuisses.
 « Pardessus le tout, une bande de caoutchouc. »

Nous reviendrons bientôt sur ce pansement. Les deux procédés que nous venons de décrire s'appliquent à l'opération de l'hydrocèle; il nous reste à les appliquer au traitement de l'hématocèle. S'il n'y a pas de fausses membranes, on aura recours à l'incision simple ou à l'opération de Julliard.

Quand il y a une fausse membrane, comment doit-on se comporter vis-à-vis d'elle? On pourrait, avec la curette, tenter une sorte de décortication. Nous avons vu, dans notre observation III, que le grattage d'une petite fausse membrane avait donné un bon résultat, de plus, Julliard dit, plus haut, qu'il peut exister des fausses membranes et qu'on peut être obligé de râcler fortement, ses résultats sont, néanmoins, très bons; nous croyons donc que, dans le cas où les fausses membranes seraient peu étendues, peu nombreuses, on aurait à faire comme temps de l'opération :

1° Incision; 2° lavage de la vaginale pour entraîner les caillots et les masses fibrineuses; 3° grattage,

sans violence, à la curette, des fausses membranes qui revêtent la vaginale ; 4^e suture (nous laissons de côté la question du drainage).

Si les fausses membranes, en plus grand nombre, étaient disposées de façon à permettre l'opération de Julliard, nous n'hésiterions pas à la pratiquer.

Si les fausses membranes sont en grand nombre, très étendues, très épaisses, quelle est la conduite à tenir ? L'âge du malade aura à nos yeux, dans ces cas, une grande importance.

La castration est une opération qui nous paraît devoir être réservée pour les hématoécèles anciennes, volumineuses, avec épaississement considérable de la poche, hématoécèles que l'on observe surtout chez les vieillards. Cette opération conseillée dans un très grand nombre de cas, en raison de la simplicité de ses suites, et cela avant l'application de la méthode antiseptique, n'offre certainement plus au même degré l'avantage de l'innocuité relative sur les autres modes de traitement de l'hématoécèle.

L'incision pure et simple de la vaginale avec évacuation complète de son contenu, avec ou sans décoloration, est devenue, comme d'autres interventions chirurgicales, une opération innocente au même degré que la castration, lorsqu'on emploie avec toute la rigueur voulue les procédés antiseptiques ; mais, chez des gens âgés, alors que la poche, notablement agrandie, a subi des phénomènes inflammatoires chroniques de vieille date, le processus de la réparation peut être très lent, et le sacrifice d'un testicule, n'offrant plus pour le sujet les mêmes désidérata qu'à une autre période

de la vie, la castration paraît justifiée. Du reste, on peut toujours ne recourir à cette opération qu'après avoir préalablement incisé le scrotum et la vaginale sur une certaine hauteur, s'être assuré des transformations de la poche, de son contenu. Il sera tout aussi facile, après une telle exploration, de pratiquer la castration, si la chose paraît nécessaire.

Donc, la lenteur des phénomènes de réparation d'une part, la persistance d'une masse scrotale indurée avec fistules, ainsi que le démontre notre observation VII, d'autre part, le peu d'inconvénients de l'ablation du testicule pour certains sujets, dans des conditions d'âge déterminés, et qui, mis au courant de l'ablation de la glande, y accèdent volontiers, sont autant de considérations qui militent en faveur de la castration.

Quant à l'incision large, elle paraît être pour M. le professeur Poncet, à l'inverse de la castration, le procédé de choix ; on pourra certainement y recourir dans la grande majorité des cas où jusqu'alors elle avait paru contre-indiquée, et cela, comme nous l'avons dit, en raison des dangers plus grands qu'elle présentait.

Jusqu'à l'âge de 50 à 55 ans, on songera plutôt à l'incision qui permet la conservation du testicule, alors qu'aucun fait précis ne vient démontrer l'atrophie fonctionnelle de cet organe.

Procédé opératoire : Suivant les dimensions de la poche, on fera à la partie antéro-externe une incision mesurant 8 à 10 centimètres au moins de longueur ; la poche sera vidée de son contenu liquide et solide, et lavée dans tous ses coins et recoins avec la solution

phéniquée forte. M. Poncet fait faire hernie au testicule au dehors et enlève toutes les couches fibrineuses qui se détachent aisément, mais sans avoir recours, soit à la décortication avec les pinces, le bistouri ou les ciseaux, soit même au curage de la poche. La présence de fausses membranes vasculaires a pour notre maître son utilité; il recommande de les respecter. Grâce à elles, en effet, la poche est dans de bien meilleures conditions au point de vue de la vitalité et des phénomènes ultérieurs de réparation. La guérison est plus rapide et, d'autre part, on ne voit pas survenir du sphacèle, la mortification de la poche sur une grande étendue, s'accompagnant, surtout si l'antisepsie n'a pas été parfaite, d'accidents inflammatoires graves, de phlegmon du scrotum (etc.)

En raison du gonflement des bords de la plaie et surtout du recoquevillement de la vaginale, pour maintenir l'ouverture déclive largement béante, M. Poncet suture avec des fils de soie phéniquée (en 5 ou 6 points) les bords de la peau avec les bords de la vaginale; il réunit également les lèvres de la plaie à la partie supérieure, ménageant un orifice inférieur de 3 à 4 centimètres.

Si nous recherchons les résultats définitifs, nous avons à nous demander ce que devient la cavité de la vaginale. C'est encore à M. le professeur Poncet que nous devons sur ce sujet les renseignements suivants.

Il ne semble pas, quel que soit le temps que la réparation ait mis à se produire, qu'il y ait symphyse testiculaire complète, autrement dit union du feuillet pariétal au feuillet viscéral.

Chez deux malades, en effet, plusieurs semaines après l'opération, alors que la tumeur avait considérablement diminué, M. Poncet a pu s'assurer, à l'aide d'un stylet, introduit par l'orifice donnant passage au drain, qu'il existait une cavité vaginale de capacité habituelle. Ce fait serait du reste en rapport avec ce qu'il nous a semblé constater par le toucher chez des malades opérés depuis plusieurs mois, et cette absence de symphyse testiculaire serait, en outre, en rapport avec l'absence des phénomènes inflammatoires qui ont toujours fait défaut dans les cas où le procédé opératoire que nous venons de décrire a été employé.

Pansement.

Nous reviendrons bientôt sur ce pansement, disions-nous, en parlant du procédé de M. Julliard.

Pour qu'un pansement soit bon, il faut qu'il remplisse trois conditions : 1° qu'il soit antiseptique ; 2° compressif ; 3° qu'il n'irrite point le scrotum.

Voici en quoi consiste notre pansement :

Nous saupoudrons la cavité de poudre de camphre et d'iodoforme ; 30 ou 40 grammes au moins de cette poudre antiseptique doivent être déposés dans la plaie ; nous laissons dans la cavité un drain de la grosseur du petit doigt et long de 6 à 8 centimètres.

Pour éviter l'érythème, on laisse de côté la gaze phéniquée pour la remplacer par du coton iodoformé ou de la gaze salicylée.

Vers le 5^me jour, on diminue la longueur du drain, mais, souvent, il est nécessaire de le laisser pendant un temps très long, temps subordonné à l'écoulement du liquide par le drain, à la rétraction de la poche, à l'adhérence de ses parois qui, suivant les dimensions de l'hématocèle et les conditions diverses dont nous avons déjà parlé, peut mettre un temps plus ou moins considérable pour se combler.

Ce pansement est antiseptique au premier chef par l'iodoforme et le camphre, compressif par la gaze salicylée et le coton iodoformé, enfin, il n'irritera jamais le scrotum puisque l'acide phénique ne se trouve point en contact avec la peau des bourses.

Ces diverses conditions réunies sont la cause de notre préférence pour ce pansement; il évite au malade l'ennui des éponges phéniquées et des bandes de caoutchouc dont nous avons parlé à propos du pansement de M. Julliard.

CONCLUSIONS

I. Certaines variétés rangées sous le nom d'hématocèles et caractérisées par des symptômes spéciaux tels que : fluctuation franche, absence de bosselures, de duretés et d'inégalités, manque absolu de transparence, peuvent rétrocéder et redevenir des hydrocèles après l'évacuation du liquide sanglant ;

II. Le nom d'hydrohématocèle conviendrait mieux à cette variété qu'aux hématocèles véritables, consécutives à des hydrocèles ;

III. Dans les cas où les symptômes feraient soupçonner une hydrohématocèle, on devra : 1° pratiquer une ponction exploratrice et évacuatrice ; 2° laisser le liquide se reproduire, le malade étant au repos ; 3° si le liquide reproduit est un liquide d'hydrocèle, tenter l'injection iodée, qui nous paraît, jusqu'à ce jour, encore préférée en France aux opérations par incision ;

IV. Si le liquide reproduit est sanglant, ou bien si l'injection iodée a été insuffisante et suivie de récédive, on pratiquera l'incision de la tunique vaginale et on sera guidé par son état ;

V. Si la séreuse, simplement épaissie, n'a pas de fausses membranes notables, le lavage à la solution phéniquée, le drainage, ou même la résection par la méthode de Julliard, pourront être employés ; s'il y a peu de fausses membranes, elles seront grattées ;

VI. Si la vaginale est couverte de fausses membranes, que le malade n'ait pas plus de 50 à 55 ans, on se contentera de faire une large incision, comme la fait M. Poncet ; on respectera les néo-membranes ;

VII. Dans certains cas, avec fausses membranes nombreuses, épaississement considérable de la vaginale chez des gens âgés, on pourra être amené à pratiquer la castration, mais une telle opération doit toujours être considérée comme un moyen extrême.

VU BON A IMPRIMER :

Pour le Doyen :

Le Président de Thèse,

L'Assesseur,

PONCET.

CROLAS.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 19 juillet 1884.

Le Recteur,

EM. CHARLES.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissu conjonctif et ses variétés.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la respiration. — Evaporation pulmonaire.

Physique. — Propriétés physiques des muscles et mécanique des organes de la locomotion.

Chimie. — De l'urée. — Composition. — Synthèse. — Propriétés. — Dosage dans l'urine.

Zoologie et anatomie comparée. — Spongiaires. — Organisation. — Propriétés.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de salsepareilles. — Structure et fonctions des racines.

Pathologie externe. — Des tumeurs irritables et des tumeurs douloureuses.

Pathologie interne. — Des angines.

Thérapeutique. — Du mercure.

Hygiène. — De l'asphyxie par le froid.

Accouchements. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Pathologie générale. — Définition de l'espèce morbide.

Ophthalmologie. — Existe-t-il un centre des mouvements de l'œil ? Où est-il placé ?

Médecine opératoire. — De la ligature des artères.

Anatomie. — Des aponévroses du cou.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Du chancre infectant.

Anatomie pathologique. — Des ulcérations en général.

Médecine légale. — Des signes de la macération du fœtus dans l'utérus.

Médecine expérimentale et comparée. — Du mode de production de la pustule maligne.

Cliniques médicales. — Des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. — Diagnostic et traitement de l'asystolie.

Cliniques chirurgicales. — Des pseudarthroses et des diverses causes qui s'opposent à la formation du cal. — Des fractures de la colonne vertébrale.

